

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

## Nachweis einer chronischen Erkrankung gemäß Chroniker-Richtlinie

Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung (Eigenbehalt) zur Feststellung der Belastungsgrenze

Der Patient/die Patientin

Name, Vorname

Geburtsdatum

ist wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung

seit

### Diagnose(n):

### Ärztliche Bescheinigung:

Der / die oben genannte Patient/in wurde wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale ist vorhanden:

Es liegt eine Pflegebedürftigkeit entsprechend Pflegegrad 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) vor. **Oder**

Es liegt ein Behinderungsgrad von mindestens 60 Prozent oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor. Sowohl der Behinderungsgrad als auch die Minderung der Erwerbsfähigkeit müssen nach den Maßstäben des Bundesversorgungsgesetz (BVG, § 30 Abs. 1) oder des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VII, § 56 Abs. 2) festgestellt sein. **Oder**

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch eine chronische behandlungsdürftige Krankheit zu erwarten ist.

### Zusätzliche Angaben erforderlich bei Frauen, die nach dem 01.04.1987 und Männern, die nach dem 01.04.1962 geboren wurden:

Eine Beratung über Chancen und Risiken zur Früherkennung von Brustkrebs (Mammographie-Screening), Darmkrebs oder Gebärmutterhalskrebs ist erfolgt.

Eine Beratung ist nicht erfolgt, denn es liegt eine schwerwiegende Erkrankung vor. Eine Untersuchung kann aus diesem Grund nicht zugemutet werden oder die Person leidet bereits an der zu untersuchenden Erkrankung.

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes